

Către,

CASA TERITORIALĂ DE PENSII SĂLAJ

**Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de
asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale**

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator: _____

CUI: _____

Nr. înreg.Reg. Comerțului: _____

CNP angajator: _____

Durata contractului individual de muncă: nedeterminată () ; determinată ()

2. Date privind solicitantul:

(se completează de către solicitant)

a) Numele și prenumele: _____

Codul Numeric personal: _____

Document de identitate: seria: _____ ; nr. _____

Valabil până la data de : zi _____ luna: _____ anul: _____

Domiciliat în localitatea: _____

Str. _____ nr. _____

Bloc _____ scara _____ etaj _____ apartament _____ sector _____

Județ: _____

b) Calitatea solicitantului:

 angajat; persoană asigurată cu contract
individual de asigurare; șomer; membru de familie. funcționar public; ucenic, elev, student; alte persoane;

c) Prestația solicitată:

1. () **Indemnizație:**

- 1.a) () pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
1.b) () pentru reducerea timpului de muncă;
1.c) () pe durata cursurilor de calificare și de reconversie profesională;
1.d) () pentru incapacitate temporară de muncă.

Acte necesare:

Certificat de concediu medical Seria _____ nr. _____
Ziua: _____ luna _____ anul _____

2. () **Compensație pentru atingerea integrității;**

3. () **Despăgubire în caz de deces:**

Acte necesare:

Certificat de deces: seria: _____ nr. _____
(original și copie) data _____ / _____ / _____

Inscrierea eronată a datelor, se sancționează potrivit legii.

Data

Semnatura solicitantului

Semnătura și ștampila angajatorului

Semnatura și ștampila instituției care
administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj
